



ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION

CUESTIONARIO 3Nº FOLIO _____ - L
(Nº
HOGLOS DATOS QUE PROPORCIONA SON CONFIDENCIALES
Y SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA FINES ESTADISTICOS

I. IDENTIFICACION (TRANSCRIBA LOS DATOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA)

CUESTIONARIO DE DIETA FORMA - SES - 53		a) ENTIDAD	b) MUNICIPIO O DELEGACION
		c) COLONIA O LOCALIDAD	
d) Nº DE AGEB	e) Nº DE AREA DE LISTADO	f) ESTRATO	g) Nº DE AREA DE CONTE
h) Nº DE MANZANA	i) Nº DE VIVIENDA	j) FECHA DE LA ENTREVISTA	
		DIA MES A	

DOMICILIO _____
(CALLE Nº EXTERIOR Nº INTERIOR O DESCRIPCION)

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

II. PERSONAL

PARA SER LLENADO FUERA DEL DOMICILIO

IDENTIFICACION DEL PERSONAL		CLAVE
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	_____	____
SUPERVISOR	_____	____
REVISOR	_____	____
CODIFICADOR	_____	____
CAPTURISTA	_____	____

92

III. DATOS GENERALES (TRANSCRIBA DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR)

IV.

DE CADA PERSONA	1. NOMBRE DE TODOS LOS INTEGRANTES	2. SEXO	3. E D A D		4. ¿ESTA DANDO PECHO ? (PREG. 45)	5. ¿ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA ? (PREG. 46)
			AÑOS	MESES		
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6.
- Nº DE NIÑO
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

VISITAS

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º
- 6º
- 7º

IV. SELECCION DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD

SI NO HAY PASE AL CAPITULO V

ENTE
A?

6. EN BASE AL CAPITULO III DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR, TRANSCRIBA DE MAYOR A MENOR EL N° DE PERSONA, NOMBRE, SEXO Y EDAD DE TODOS LOS NIÑOS QUE TENGAN DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD

N° DE NIÑO	N° DE PERSONA	NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	E D A D	
			HOMBRE..1 MUJER..2	A Ñ O S	M E S E S
1					
2					
3					
4					
5					
6					
TOTAL DE NIÑOS					

N° DE LA PERSONA SELECCIONADA

N° DE ENTREVISTA _____

N° DE LA TABLA DE SELECCION _____

SELECCION DEL NIÑO

PARA SABER A QUE NIÑO SE DEBE APLICAR ESTE CUESTIONARIO DEBE:

- 1º DETERMINAR EL NUMERO TOTAL DE NIÑOS DEL HOGAR DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD.
- 2º TRANSCRIBIR LOS DATOS DE LOS NIÑOS EN EL CUADRO ANTERIOR.
- 3º CONSULTAR LA TABLA DE "SELECCION DE PERSONAS EN ESTUDIO."
- 4º CRUZAR EN LA TABLA PARA LA SELECCION, EL NUMERO PROGRESIVO QUE CORRESPONDE A LA ENTREVISTA EN QUE SE APLICARA LA **ENNM**.
- 5º BUSCAR EN LA MISMA TABLA, LA COLUMNA QUE COINCIDA CON EL NUMERO DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD.
- 6º CIRCULAR EL NUMERO QUE APAREZCA EN LA INTERSECCION DE LA COLUMNA DE "N° DE PERSONA" Y DEL RENGLON DE LA ENTREVISTA, YA QUE ESTE CORRESPONDERA AL N° DE NIÑO SELECCIONADO.
- 7º ANOTE EN EL "N° DE LA PERSONA SELECCIONADA", EL NUMERO DEL NIÑO ELEGIDO.

43

SELECCION DE LA MUJER DE 12 A 49 AÑOS II MESES DE EDAD

SI NO HAY PASE AL CAPITULO VI

7. EN BASE AL CAPITULO III DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR, TRANSCRIBA EL N° DE PERSONA, NOMBRE Y EDAD DE TODAS LAS MUJERES QUE TENGAN ENTRE 12 Y 49 AÑOS II MESES DE EDAD.

Nº DE MUJER	Nº DE PERSONA	NOMBRE DE LA MUJER	EDAD AÑOS
1	____	_____	____
2	____	_____	____
3	____	_____	____
4	____	_____	____
5	____	_____	____
6	____	_____	____
TOTAL DE MUJERES			____

Nº DE LA PERSONA SELECCIONADA ____

Nº DE ENTREVISTA _____

Nº DE LA TABLA DE SELECCION _____

SELECCION DE LA MUJER

PARA SABER A QUE MUJER SE DEBE APLICAR ESTE CUESTIONARIO DEBE:

- 1º DETERMINAR EL NUMERO TOTAL DE MUJERES DEL HOGAR DE 12 A 49 AÑOS II MESES DE EDAD:
- 2º TRANSCRIBIR LOS DATOS DE LAS MUJERES EN EL CUADRO ANTERIOR.
- 3º CONSULTAR LA TABLA DE "SELECCION DE PERSONAS EN ESTUDIO."
- 4º CRUZAR EN LA TABLA PARA LA SELECCION, EL NUMERO PROGRESIVO QUE CORRESPONDE A LA ENTREVISTA EN QUE SE APLICARA LA ENNM.
- 5º BUSCAR EN LA MISMA TABLA, LA COLUMNA QUE COINCIDA CON EL NUMERO DE MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD.
- 6º CIRCULAR EL NUMERO QUE APAREZCA EN LA INTERSECCION DE LA COLUMNA DE "Nº DE PERSONA" Y DEL RENGLON DE LA ENTREVISTA, YA QUE ESTE CORRESPONDERA AL Nº DE MUJER SELECCIONADA.
- 7º ANOTE EN EL "Nº DE LA PERSONA SELECCIONADA", EL NUMERO DE LA MUJER ELEGIDA.

VI

8.

9.

144

VI. 1ª DIETA DE 24 HORAS DEL HOGAR

* HORARIO DEL ALIMENTO:
 DESAYUNO 1
 ALMUERZO 2
 COMIDA 3
 CENA 4
 ENTRÉ COMIDAS 5

8. ALIMENTACION DEL DIA _____

9. HORA DEL A- LIM. *	10. ¿QUE EL DIA DE AYER? (ALIMENTO)	11. ¿QUE UTILIZO? (ANOTE CADA INGREDIENTE POR RENGLON)	12. ¿QUE CAN TIDAD USO - DE ?	LLENAR FUERA DEL HOGAR	
				13. CANTIDAD	14. C L A V
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]
[]				[][][][][][]	[][][][][][]

ONA

STA

DE

S ..

IES

Y

I. 1ª DIETA DE 24 HORAS DEL HOGAR

ALIMENTACION DEL DIA _____					
ORA DEL ALIMENTO *	¿QUE _____ EL DIA DE AYER? (ALIMENTO)	¿QUE UTILIZO? (ANOTE CADA INGREDIENTE POR RENGLON)	¿QUE CANTIDAD USO DE??	LLENAR FUERA DEL HOGAR	
				CANTIDAD	CLAVE
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII

16
19

44

46

15. ¿ALGUIEN NO PARTICIPO DE LAS 3 COMIDAS ?

SI ———→ ¿QUIEN (ES) ?

(ANOTE Nº DE PERS. Y CONTINUE)

NO ———→ CONTINUE

16. ¿LO QUE COMIERON AYER ES COMO NORMALMENTE - COMEN ?

SI..... 1

NO 2

17. ¿ESTA ALGUIEN EN UNA DIETA ESPECIAL ?

SI ———→¿QUIEN (ES) ?

(ANOTE Nº DE PERS. Y CONTINUE)

NO ———→ CONTINUE

VII. I - 1ª DIETA DE 24 HORAS DEL NIÑO SELECCIONADO

SI NO HAY PASE AL CAPITULO VIII. I

* HORARIO DEL ALIMEN-

DESAYUNO.....

ALMUERZO.....

COMIDA.....

CENA.....

ENTRE COMIDAS....

18. Nº DE PERSONA DEL NIÑO:

19. ALIMENTACION DEL DIA:

20. HORA DEL ALIMENTO*	21. ¿QUE ALIMENTOS COMO AYER?	22. (ANOTE INGRE- DIENTES)	23. ¿QUE CANTIDAD CO- MIO O TOMO ?	LLENAR FUERA DEL HOGA	
				24. CANTIDAD	25. CLAVE
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. 1-1ª DIETA DE 24 HORAS DE LA MUJER SELECCIONADA

SI NO HAY PASE AL CAPITULO IX

* HORARIO DEL ALIMENTO:
 DESAYUNO1
 ALMUERZO2
 COMIDA3
 CENA4
 ENTRE COMIDAS . . . 5

26. Nº DE PERSONA DE LA MUJER
 27. ALIMENTACION DEL DIA :

IX.

HORA DEL ALIMENTO*	29. ¿QUE ALIMENTOS COMIO AYER?	30. (ANOTE INGREDIENTES)	31. ¿QUE CANTIDAD - COMIO O TOMO?	(LLENAR FUERA DEL HOGAR)	
				32. CANTIDAD	33. C L A V E
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

34
35
36
37
38
RI
39
40
42
LE
43
44
AC
45
46
47
48

ENTO:

1
2
3
4
5

IX. ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO EN LOS ULTIMOS 12 MES

SI NO HAY PASE AL CAPITULO X

Nº DE PERSONA DEL NIÑO

DEN LOS ULTIMOS DOCE MESES CADA CUANDO COMIO _____ LOS SIGUIENTES ALIMENTO:

(MARQUE CON UNA EQUIS "X" EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA FRECUENCIA)

HOGAR)

VE

ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO						
	DIARIO	SEMÁNAL- MENTE	QUINCENAL- MENTE	MENSUAL- MENTE	AL AÑO	NUNCA	NO SAB
34. LECHE ?							
35. CARNE ?							
36. HUEVO ?							
37. FRIJOL (INCLUYE LENTEJAS, HABAS) ?							
38. NARANJA (INCLUYE MANDARINA, TORONJAS, JUGOS) ?							
39. LIMON ?							
40. GUAYABA ?							
41. PLATANO ?							
42. VERDURAS CRUDAS (INCLUYE LECHUGA, RABANOS) ?							
43. JITOMATE CRUDO ?							
44. HOJAS VERDES (INCLUYE ACELGAS, ESPINACAS, VERDOLAGAS) ?							
45. PAPAAYA ?							
46. ZANAHORIA ?							
47. MANGO ?							
48. CALABAZA AMARILLA ?							

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR LA MUJER EN LOS ULTIMOS 12 MESES

XI

60

Nº DE PERSONA DE LA MUJER 11

¿EN LOS ULTIMOS DOCE MESES CADA CUANDO COMIO UD. LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

(MARQUE CON UNA EQUIS "X" EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA FRECUENCIA)

ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO						
	DIARIO	SEMANAL- MENTE	QUINCENAL- MENTE	MENSUAL- MENTE	AL AÑO	NUNCA	NO SABE
49. LECHE ?							<input checked="" type="checkbox"/>
50. CARNE ?							<input checked="" type="checkbox"/>
51. HUEVO ?							
52. FRIJOL (INCLUYE LENTEJAS, HABAS) ?							
53. MANTECA DE CERDO (INCLUYE TOCINO, MANTEQUILLA, CREMA) ?							
54. NARANJA (INCLUYE MANDARINA, TORONJAS, JUGOS) ?							
55. LIMON ?							
56. GUAYABA ?							
57. PLATANO ?							<input checked="" type="checkbox"/>
58. VERDURAS CRUDAS (INCLUYE LECHUGA, RABANOS) ?							
59. JITOMATE CRUDO ?							
60. HOJAS VERDES (INCLUYE ACELGAS, ESPINACAS, VERDOLAGAS) ?							
61. PAPAAYA ?							
62. ZANAHORIA ?							
63. MANGO ?							
64. CALABAZA AMARILLA ?							

67.

- C
A
- N
DE

50

FOCALIZACIÓN

3. Mostrar la planilla 2 (fotos 60-72). Decir a la madre que suponga que esta es ella y su familia, sus padres, hijos, etc. Preguntarle ¿A quién de ellos le da la papilla Nutrisano? (Preguntar que edad cree ella que tienen los niños (as) y si están o no bajo de peso de las fotos seleccionadas).

Foto 60 ____ Foto 61 ____ Foto 62 ____ Foto 63 ____ Foto 64 ____

Foto 66 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 67 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 68 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 69 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 70 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 71 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Foto 72 ____ edad ____ bien de peso ____ bajo de peso ____

Otros (Preguntar por qué y especificar edades y condición nutricional (si está bajo de peso o no) de los niños que mencione): _____

NÚMERO DE VECES A LA SEMANA

4. Enseñar foto de María y su niña. María es una señora de tú comunidad que se preocupa mucho por la salud de sus hijos y que siempre trata de hacer lo mejor para ellos. Mostrar a la madre un calendario y explicarle que esos son los días de esta semana. ¿Qué días le recomendarías a María que le de Nutrisano a su hija (o)? Favor de marcar con una X los días que la madre señale.

Lunes ____ Martes ____ Miércoles ____

Jueves ____ Viernes ____ Sábado ____ Domingo ____

MOMENTO DEL DÍA

5. María es una mujer de tú comunidad que se preocupa por la alimentación de sus hijos. María, está preparando el **DESAYUNO**. ¿Qué crees que le vaya a dar a su hijo(a) en el desayuno, de estos y de otros alimentos? Mostrar planilla 3 (fotos 3, 9-11 y 14- 28). Marcar con una X las fotos que eligió la madre.

Foto 3 ____ Foto 9 ____ Foto 10 ____ Foto 11 ____ Foto 14 ____ Foto 15 ____

Foto 16 ____ Foto 17 ____ Foto 18 ____ Foto 19 ____ Foto 20 ____ Foto 21 ____

Foto 22 ____ Foto 23 ____ Foto 24 ____ Foto 25 ____ Foto 26 ____ Foto 27 ____

Foto 28 ____ Foto 29 ____

Otros: _____

Observaciones: _____